Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

33 675 Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 7 mei 2015

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken.

In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord ik de gestelde vragen, waarbij ik zo veel mogelijk de volgorde van het verslag volg.

1. Inleiding

De leden van de **PvdA-fractie** vragen waarom e-mental health in zijn algemeenheid nog relatief in de kinderschoenen staat wat betreft implementatie en bekostiging. Zij vragen welke belemmeringen er in de praktijk ondervonden worden en wat er wordt ondernomen om deze belemmeringen weg te nemen.

In Nederland wordt reeds een aantal effectieve goede online behandelprogramma's aangeboden voor de behandeling van uiteenlopende psychische klachten (bijvoorbeeld depressie, angst of verslavingsproblematiek). Voorlopers in het zorgveld ervaren welke meerwaarde deze e-mental health voor de patiënt kan hebben. Het merendeel van de zorgverleners is echter nog relatief onervaren met de mogelijkheden om met e-mental health de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor de patiënt te verbeteren. Een veel genoemde belemmering is dat het ontbreekt aan een goed overzicht van het aanbod van effectieve e-mental health, maar bovendien moeten zorgverleners gaan ontdekken *hoe* zij de ondersteuning van de patiënt met online hulpprogramma's kunnen combineren met de face to face contacten (blended care). Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) constateert in haar eHealth monitor 2014[1] dat (zorg)procesinnovatie niet eenvoudig is. Dit vereist een cultuuromslag

[1] Kamerstukken II, 2014–2015, nr. 27529-132.

kst-33675-6
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

waarbij de patiënt écht centraal komt te staan. Zorgaanbieders en patiënten die samen aan de slag willen met e-mental health hebben begeleiding nodig bij de implementatie. Dit gebeurt in de vorm van deling van kennis en best practices en praktische handreikingen. Recentelijk hebben het Trimbos instituut[2] en innovatiebureau E-hulp.nl[3] verschillende publicaties uitgebracht die ingaan op de mogelijkheden tot opschaling van e-health in de eerste respectievelijk tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit zal naar mijn overtuiging bijdragen aan een bewustwording over mogelijkheden van e-mental health, en een versterking van e-mental health in de praktijk.

Een andere belemmering is dat zorgverleners onvoldoende financiële mogelijkheden ervaren. Op verschillende manieren werkt de overheid aan het wegnemen van deze belemmering. Zo zijn de mogelijkheden voor het gebruik van e-mental health toepassingen met de introductie van de basis GGZ vergroot, doordat de basis GGZ is gebaseerd op integrale tarieven, waarbinnen alle zorgverlening moet plaatsvinden en niet de afzonderlijke geleverde verrichtingen. Daarnaast biedt het derde segment voor de huisartsenzorg ruimte om afspraken te maken over de toepassing van e-health. Ook met de wijziging van de regeling Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH)-GGZ is er ruimte om e-mental health programma's via de «Module POH-GGZ» te vergoeden. Er is naar mijn mening al veel mogelijk, maar er bestaat een discrepantie tussen wat er in de bekostiging kan en wat er daadwerkelijk afgesproken wordt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om stappen in de opschaling te kunnen zetten is het noodzakelijk dat veldpartijen een balans vinden tussen investeringen en opbrengsten voor een zorgaanbieder.

De leden van de **SP-fractie** vragen op welke manier dit wetsvoorstel een invulling is van de motie Van Velzen.

De motie Van Velzen heeft de regering onder andere verzocht om knelpunten rondom internetbehandelingen te inventariseren en te bezien of een richtlijn anonimiteit mogelijk is. Een belangrijk punt hierbij is dat de Zorgverzekeringswet vereist dat de zorg herleidbaar is naar een individuele verzekerde. Bij zorgverlening aan anonieme personen is de zorg niet herleidbaar naar een individuele verzekerde. Met dit wetsvoorstel wordt een structurele regeling mogelijk gemaakt voor de bekostiging van anonieme e-mental health.

2. Wat is anonieme e-mental health

De leden van de **VVD-fractie** vragen waarom harde cijfers over de toepassing van anonieme e-mental health ontbreken.

Harde cijfers over de toepassing van anonieme e mental ontbreken omdat deze niet geregistreerd worden. Uit signalen vanuit de praktijk blijkt dat de meeste anonieme e-mental health interventies niet in plaats van de

---

[2] Het Trimbos-instituut heeft onderzocht wat de knelpunten zijn en hoe deze zijn op te lossen. De uitkomsten zijn opgenomen in een infographic die beschrijft wat nodig is voor de opschaling van e-Mental http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/af1364-infographic-e-mental-health-door-huisarts-en-poh-ggz.

[3] In het kader van de Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ is onder begeleiding van GGZ Nederland en innovatiebureau E-hulp een traject «Implementatie en opschaling eHealth: van masterclass naar masterplan» uitgevoerd. http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20implementatie%20eHealth%20in%20de%20ggz%20DEF.pdf. http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/GGZ%20eHealth%20adviezen_oplossingen-DEFINITIEF.pdf.

reguliere hulpverlening worden gevolgd. Het gaat veelal om personen die anders géén hulp zoeken, omdat zij niet bekend willen worden bij de hulpverlening, zorgverzekeraar of anderen. Die behoefte aan anoniem blijven heeft veelal te maken met schaamtegevoelens, omdat men hulp zoekt voor een psychische stoornis of verslaving.

De leden van de **VVD-fractie** vragen of na invoering van deze structurele regeling wel gemonitord wordt op welk moment en met welk resultaat de anonieme e-mental health wordt toegepast. Deze leden vragen of daarbij eveneens wordt bezien in hoeverre anonieme e-mental health in plaats komt van reguliere hulpverlening en in hoeverre deze vorm van hulpverlening additioneel is ten opzichte van reguliere hulpverlening. Daarnaast vragen deze leden welk criterium gehanteerd wordt om het succes te meten van anonieme e-mental health.

Na de invoering van deze structurele regeling, zal het Zorginstituut Nederland (verder te noemen: Zorginstituut) de subsidies per kalenderjaar beoordelen en verstrekken. Het Zorginstituut kan de ontwikkeling van de toepassing van anonieme e-mental health van jaar tot jaar volgen. Op deze wijze is monitoring geborgd.
Het is belangrijk om ook te kunnen meten of de regeling zorginhoudelijk een succes is. Gezien de aard (anoniem) is dat lastig. Ik zal de mogelijkheden om toch nut en noodzaak te kunnen meten inventariseren. De meest anonieme e-mental health interventies worden niet gevolgd in plaats van de reguliere hulpverlening, maar zijn een vorm van additionele zorgverlening. Het betreft zorg aan personen die niet bekend willen worden bij de hulpverlening, zorgverzekeraar of anderen. Zolang de persoon anoniem is kan een aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet niet geëffectueerd worden. De anonieme e-mental health is daarmee additioneel ten opzichte van de reguliere hulpverlening. In de subsidievoorwaarden is vastgelegd dat zorgaanbieders aan moeten geven welke activiteiten zij ontplooien om personen uit de anonimiteit te laten treden, zodat zij via de reguliere hulpverlening geholpen kunnen worden.

De leden van de **VVD-fractie** vragen een nadere toelichting op de wijze waarop zorgaanbieders ervoor moeten zorgen dat deze vorm van hulpverlening alleen beschikbaar komt voor personen voor wie de anonimiteit psychisch noodzakelijk is. Zij vragen wat een juiste manier is voor de zorgaanbieder om dit te onderzoeken, hoe bezien kan worden of de zorgaanbieder dit op de juiste manier doet en of er sancties zijn voor een zorgaanbieder indien dit niet op een juiste manier gebeurt. Tevens vragen deze leden of de zorgaanbieder wel de juiste actor is om deze rol te vervullen, gezien de eigen belangen die mogelijk spelen.

In de toelichting op het wetsvoorstel is vermeld dat op de zorgaanbieder de verplichting rust om duidelijk te maken dat de internetinterventies gebruikt worden door personen voor wie anoniem gebruik «psychisch noodzakelijk» is. De zorgaanbieder zal in zijn subsidieaanvraag uiteen moeten zetten op welke wijze hij onderzoekt of sprake is van een psychische noodzakelijkheid. Hoe de zorgaanbieder dit moet doen, is niet in dit wetsvoorstel vastgelegd. Het betreft een voorwaarde uit het huidige beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health (Stcrt. 2014, 34385; verder te noemen: beleidskader) die in de nadere regeling op grond van de wet opgenomen zal worden. Zo zal de zorgaanbieder voorafgaand aan het kunnen volgen van de interventie aan de (aspirant) gebruiker moeten vragen wat de reden is dat de persoon slechts anoniem gebruik wenst te maken van de interventie. Indien dit anonieme gebruik van de interventies bijvoorbeeld is ingegeven uit financiële motieven, dan is het anonieme gebruik niet «psychisch noodzakelijk». Indien de zorgaanbieder in zijn subsidieaanvraag niet of onvoldoende

beschrijft op welke wijze deze voorwaarde wordt gecontroleerd, kan dit leiden tot het afwijzen van zijn subsidieaanvraag. In de evaluatie van de regeling zal hiervoor aandacht zijn.

De leden van de **VVD-fractie** vragen hoe een cliënt zijn weg vindt in de verschillende aanbieders van anonieme e-mental health.

Mensen die hulp zoeken kunnen op diverse wijzen bij verschillende aanbieders terecht komen. Het aanbod is zeer divers en is niet onder een noemer te vangen. Het kan bijvoorbeeld gaan om zelfhulpmodules die een persoon kan doorlopen of het kan bestaan uit online contact met een behandelaar. Voor e-mental health interventies is er een keurmerk ontwikkeld, dat aangeeft of een specifieke toepassing voor online hulpaanbod goedgekeurd is door GGZ professionals. Dit keurmerk, de «online hulp stempel», is in opdracht van VWS door het Trimbos-instituut ontwikkeld.

De leden van de **VVD-fractie** vragen hoe de kwaliteit bewaakt wordt en hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht kan houden.

Net als in het huidige beleidskader, worden voorwaarden gesteld aan zorgaanbieders om voor subsidiëring in aanmerking te komen. Door kwaliteitsvereisten op te nemen in deze voorwaarden, wordt de kwaliteit van de zorg bewaakt. Zo kent het huidige beleidskader de voorwaarde dat interventies dienen te worden verricht door beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie, daarnaast moet de aanbieder voldoen aan de bepalingen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en dient het ICT-systeem te voldoen aan de voorwaarden van de NEN 7510 Informatiebeveiliging in de zorg. Het Zorginstituut zal bij de beoordeling van subsidieaanvragen nagaan of de desbetreffende zorgverlener, daadwerkelijk in het BIG-register geregistreerd staat. De subsidieontvangende organisaties zullen de uitvoering van het beoordelingsprotocol voor de intake van patiënten uitgebreid moeten documenteren en extern toetsbaar maken. Het Zorginstituut zal steekproefsgewijs beoordelen of de zorg die is verleend, passend is. De IGZ houdt uit hoofde van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) toezicht op de kwaliteit van de zorg, ook als dat anonieme e-mental health betreft.

De leden van de **VVD-fractie** vragen wat de wet voorschrijft als blijkt dat cliënten medicatie nodig hebben voor genezing en of de wet voorschrijft hoe cliënten moeten worden doorverwezen naar eerstelijnszorg of GGZ-zorg.

De wet schrijft niet voor op welke wijze cliënten moeten worden doorverwezen en wat er moet gebeuren als cliënten medicatie nodig hebben. De anonieme e-mental health die op basis van onderhavige wet op een structurele wijze gefinancierd kan worden, is eerstelijns psychologische zorg. Het voorschrijven van geneesmiddelen is vastgelegd in de Wet BIG. Voor het kunnen voorschrijven van receptgeneesmiddelen moet in elk geval de persoon bekend zijn bij de voorschrijver en moet de behandelaar bevoegd zijn om geneesmiddelen voor te schrijven. Daarvan is bij anonieme e-mental health geen sprake: de zorgvrager is anoniem en de psycholoog is niet bevoegd receptplichtige geneesmiddelen voor te schrijven.

De leden van de **VVD-fractie** vragen hoe deze wet zich verhoudt met de maatregelen inzake het hoofdbehandelaarschap.

Voor aanbieders van anonieme e-mental health interventies gelden dezelfde regels als voor aanbieders van reguliere zorg. Het enige verschil met reguliere zorg zit in de anonimiteit van de patiënt, waardoor de zorg niet herleidbaar is naar een individuele verzekerde, als gevolg waarvan geen betalingstitel op basis van de Zvw bestaat voor de verzekeraar. Dit wetsvoorstel zorgt er uitsluitend voor dat de financiering van anonieme e-mental health interventies structureel geregeld is. Dit heeft verder geen gevolgen voor de toepasselijkheid van maatregelen en kwaliteitseisen op de zorg. De maatregelen inzake het hoofdbehandelaarschap zullen dus ook onverkort gelden voor aanbieders van anonieme e-mental health interventies.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen welke criteria gebruikt zijn om vast te stellen of een interventie bewezen effectief is. Zij vragen of hierbij zowel internationale als nationale studies worden meegenomen en welke rol de interventie-database van het Centrum Gezond Leven hier speelt.

Het Zorginstituut beschouwt e-health in eerste instantie als een andere aanbiedingsvorm (via het internet en op anonieme wijze) van te verzekeren zorg. De zorg moet voldoen aan gestelde voorwaarden voor opname in de basisverzekering. De e-health toepassing is dus een variant van al verzekerde effectieve zorg die niet op voorhand opnieuw beoordeeld hoeft te worden door het Zorginstituut. Het Zorginstituut gaat doorgaans pas over tot specifieke beoordeling van de geboden zorg indien er duidelijke aanwijzingen zijn (bijvoorbeeld van zorgverzekeraars of zorgaanbieders) dat de inhoud van de zorg in het geding is.[4]

Voor interventies in de basisverzekering geldt dat deze moeten voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. De wijze waarop dit wordt beoordeeld, is vastgelegd in het rapport «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk»[5] van 19 januari 2015. In dit rapport wordt niet expliciet verwezen naar de interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven van het RIVM. In voorkomende gevallen kan het Zorginstituut uiteraard deze database raadplegen.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben vernomen dat indicatiestelling bepaalt of een persoon in aanmerking komt voor gefinancierde anonieme e-mental health en vragen hoe de administratieve last van de indicatiestelling zich verhoudt tot het effectief kunnen leveren van goede anonieme e-mental health voor de juiste doelgroep. Zij vragen of de mogelijkheid bestaat dat er verschil optreedt in grenswaarden die aanbieders hanteren voor indicatiestelling. Daarnaast vragen zij in hoeverre de indicatiestelling gevolgen heeft voor de karakteristieken van geïndiceerde personen per aanbieder en de hoogte van subsidies die aanbieders van anonieme e-mental health interventies ontvangen. Deze leden vragen voorts hoe via de indicatiestelling wordt voorkomen dat patiënten met zeer ernstige problematiek een te weinig intensieve behandeling ontvangen.

Voordat tot het verlenen van anonieme hulp en zorg wordt overgegaan, is het van belang om te beoordelen of het gebruik van de interventie geschikt en aangewezen is. Dit is de indicatiestelling die de zorgaanbieder bij de aspirant gebruiker verricht, veelal door middel van het afnemen van een (digitale) vragenlijst. De verwerking en beoordeling van die gegevens brengen administratieve handelingen met zich mee. Iedere zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om zelf de vorm te kiezen voor de vragenlijst voor

[4] CVZ notitie «Wanneer is E-health verzekerde zorg?» 29 november 2011.
[5] Zorginstituut Nederland rapport «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk» 19 januari 2015.

de verschillende interventies die hij of zij aanbiedt, mits de opzet van de indicatiestelling zodanig is dat daaruit blijkt of de aspirant gebruiker, gelet op zijn specifieke zorgvraag, met de interventie adequaat behandeld kan worden. Iedere zorgaanbieder gebruikt dus een vragenlijst die past bij de door hem aangeboden interventie. Dit betekent ook dat de vragenlijsten van de verschillende zorgaanbieders en de grenswaarden die zij hanteren, onderling kunnen verschillen. De indicatiestelling is van invloed op de personen die gebruik kunnen gaan maken van de interventie en dus ook op het aantal personen dat daarvan gebruik gaat maken.
Gelet op de omstandigheid dat de hoogte van de subsidie mede bepaald wordt door het aantal personen dat gebruik maakt van de interventie, heeft dit ook gevolgen voor de hoogte van de subsidie. De indicatiestelling is bedoeld om te beoordelen of de interventie die de aspirant gebruiker wil volgen, passend is voor zijn problemen en zijn zorgvraag. Anonieme e-mental health beperkt zich uitdrukkelijk tot eerstelijns psychologische hulp en zorgvragen. Indien uit de indicatiestelling blijkt dat tweedelijnszorg noodzakelijk is, dan wordt de zorgvrager verwezen naar tweedelijnszorg. Deze doorgeleiding naar tweedelijnszorg kan ook als interventie worden bekostigd binnen de anonieme e-mental health.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben begrepen dat het wetsvoorstel aansluit bij eerstelijns psychologische zorg en betrekking heeft op kortdurende generalistische behandeling en vragen hoe dit zich verhoudt tot de kanteling naar basis-GGZ.

In dit voorliggend wetsvoorstel wordt aangesloten bij zorg die te rekenen is tot de eerstelijns psychologische zorg zoals die wordt gehanteerd vóór invoering van de basis GGZ (hierna: eerstelijns psychologische zorg). Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek.
Hiervoor is gekozen om te voorkomen dat de reikwijdte van de nieuwe regeling ten opzichte van de achtereenvolgende beleidskaders vanaf 2012 onbedoeld zou worden opgerekt. De basis-GGZ betreft namelijk een bredere zorgvoorziening dan de eerstelijns psychologische zorg zoals die wordt gehanteerd vóór invoering van de basis GGZ. Het is ongewenst om patiënten/cliënten die aangewezen zijn op tweedelijnszorg, te behandelen op basis van anonimiteit.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoe de resultaten van de behandeling vastgesteld worden en hoe patiënten wordt gewezen op eventuele ontoereikende behandelingsuitkomsten. Voorts vragen zij hoe de doorverwijzing is geregeld voor patiënten waarbij de problematiek nog onverminderd aanwezig is na e-mental health interventie en hoe deze doorverwijzing zich verhoudt tot anonimiteit.

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om verantwoorde zorg te verlenen. Daarbij hoort ook het wijzen van de zorgvrager op het belang van een vervolgtraject indien de klachten na het volgen van de interventie nog aanwezig zijn. Evenals dat het geval is met de reguliere zorg, zal de zorgaanbieder niet zonder toestemming van de patiënt zijn gegevens ter verdere behandeling in een vervolgtraject, mogen doorsturen. Het doorverwijzen van de zorgaanbieder beperkt zich daarmee tot de zorgaanvrager.

Genoemde leden constateren dat onderscheid wordt gemaakt tussen internetinterventies en internetbehandelingen en vragen of op beide de WGBO van toepassing is.

Een internetbehandeling is een vorm van internetinterventie. Ik heb begrepen dat het genoemde onderscheid in de memorie van toelichting tot verwarring heeft geleid. Zowel in het huidige beleidskader als in het wetsvoorstel, worden deze termen niet langer gehanteerd.
In de nadere regeling op basis van deze wet zal gebruik worden gemaakt van het overkoepelende begrip «internetinterventie». Onder internetinterventie wordt verstaan een planmatige en doelgerichte zorgdienst of behandeling die met behulp van informatie en communicatietechnologie (ICT) aan een persoon wordt verleend. Het gaat om die interventies die naar de aard van de zorg vallen onder de te verzekeren prestaties als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, zoals in de toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven. Hierop zijn de bepalingen uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in Boek 7, Titel 7, Afdeling 5, van het Burgerlijk Wetboek (BW) van toepassing.

Voorts vragen genoemde leden of met de komst van voorliggend wetsvoorstel ook wordt beoogd om beter zicht te krijgen op het moment waarop anonieme e-mental health binnen zorgtrajecten plaatsvindt. Zij vragen of dit voornamelijk voorafgaande aan de weg naar reguliere behandeling is, in plaats van een reguliere behandeling, of als nazorgtraject en of hier cijfers van bekend zijn.

Het beter zicht krijgen van het moment waarop anonieme e-mental health binnen zorgtrajecten plaatsvindt, is niet het doel dat met deze wet wordt beoogd. Hierover zijn geen harde cijfers bekend. Met dit wetsvoorstel beoog ik een beperkt aanbod van anonieme e-mental health te waarborgen. De meeste anonieme e-mental health interventies worden niet gevolgd in plaats van de reguliere hulpverlening, maar zijn een vorm van additionele zorgverlening. Het betreft zorg aan personen die niet bekend willen worden bij de hulpverlening, zorgverzekeraar of anderen. De stap naar de reguliere zorgverlening is te groot voor deze doelgroep. De behoefte aan anoniem blijven heeft te maken met schaamtegevoelens omdat men hulp zoekt voor een psychische stoornis of verslaving.

De leden van de **PVV-fractie** vragen hoe de behoefte aan anonieme e-mental health in kaart is gebracht.

Er is geen onderzoek uitgezet om deze behoefte te peilen. Op basis van een breed gedeelde politieke en maatschappelijke wens om aanbod van anonieme e-mental health interventies mogelijk te maken, is sinds 2011 een subsidieregeling, vooruitlopend of een structurele aanpassing van de wet, geformuleerd. Met deze vorm van zorg worden mensen die vanwege schaamtegevoelens niet van het reguliere zorgaanbod gebruik maken, toch voorzien van zorg.

Deze leden vragen tevens of er een keurmerk voor e-mental health interventies bestaat.

Voor e-mental health interventies is een keurmerk ontwikkeld, dat aangeeft of een specifieke toepassing voor online hulpaanbod goedgekeurd is door GGZ professionals. Dit keurmerk, de «online hulp stempel», is in opdracht van VWS door het Trimbos-instituut ontwikkeld.

De leden van de **PVV-fractie** vragen welke e-mental health interventies bewezen effectief zijn en of zij hier een overzicht van kunnen krijgen.

Verschillende organisaties hebben onderzoek gedaan naar (de effectiviteit van) e-mental health toepassingen. Zo zijn er bijvoorbeeld interventies die onderzocht zijn op effectiviteit door het Trimbos-instituut en is een

overzicht van interventies beschikbaar, opgesteld door Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl).

De leden van de **PVV-fractie** maken uit de memorie van toelichting op dat de anonieme e-mental health moet leiden tot toegang naar de reguliere eerstelijns psychologische zorg. Zij vragen waarom dit niet naar de huisarts moet leiden. Genoemde leden vragen of de regering niet bang is voor aanzuigende werking naar de eerstelijns psychologische zorg en of dit onderzocht is. Tevens vragen deze leden of er registratie plaatsvindt van de instroom naar de eerstelijns psychologische zorg vanuit een e-mental health interventie.

Deze zorg is bedoeld voor mensen die anoniem willen blijven. Als cliënten worden toegeleid naar de reguliere zorg (en daarmee uit de anonimiteit treden), dan gaat het om de gebruikelijke zorg. Ook hier blijft de huisarts als poortwachter fungeren, zodat er geen reden is tot zorg wat betreft aanzuigende werking voor de reguliere zorg. Bij de afrekening en verantwoording van de subsidie, geven de desbetreffende organisaties aan hoeveel interventies met betrekking tot «doorgeleiding naar reguliere zorg» zij hebben gerealiseerd.

De leden van de **PVV-fractie** vinden het vreemd dat de zorgaanbieder verplicht wordt om aan te geven dat het gebruik van anonieme e-mental health noodzakelijk is. Zij vragen of hier geen verkeerde prikkel van uitgaat en in welke gevallen de zorgaanbieder zal besluiten dat anonieme e-mental health niet noodzakelijk is. Voorts vragen zij hoe wordt nagegaan dat het hele e-mental health traject door dezelfde cliënt wordt gevolgd en hoe wordt nagegaan dat dezelfde cliënt zich niet opnieuw aanmeldt voor een anoniem interventietraject.

Voor antwoorden op deze vragen verwijs ik naar de antwoorden die ik hierboven heb gegeven op gelijkluidende vragen van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de **PVV-fractie** vragen hoe uiteindelijk de uitkomst wordt gemeten van een interventietraject.

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om verantwoorde zorg te verlenen. Het staat de zorgaanbieder vrij om de wijze waarop de uitkomst van het interventietraject wordt gemeten, zelf te bepalen, met inachtneming van de algemene kwaliteitseisen voor zorg.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat uit de praktijk blijkt dat de meeste anonieme internetinterventies in plaats van reguliere hulpverlening zijn, maar dat harde cijfers ontbreken. Deze leden vragen om een helder beeld van de cijfers. Zij vragen hoe vaak internetinterventies plaatsvinden als toegeleiding naar zorg, hoe vaak als aanvulling op of onderdeel van een behandeling en hoe vaak als vervanging van reguliere hulpverlening met menselijk contact in levenden lijve.

Ik kan deze vraag van de leden van de SP-fractie niet goed plaatsen. Het is van belang een helder onderscheid te maken tussen anonieme e-mental health en e-(mental) health ten algemene.
Voorliggend voorstel van wet beperkt zich tot de anonieme e-mental health. De meeste anonieme internetinterventies zijn niet in de plaats van de reguliere zorg maar juist additioneel. De zorgvragers schamen zich om de reguliere zorg op te zoeken met hun probleem.
Voor e-(mental) health geldt dat dit niet meer als los onderdeel van de zorg kan worden gezien. Deze zorg maakt steeds vaker integraal onderdeel uit van het zorgaanbod, en is dan ook soms een (gedeeltelijke)

vervanging van en soms een aanvulling op de reguliere behandeling, evenals een combinatie. Daar waar e-(mental) health verantwoord en effectief kan worden ingezet, juich ik dat alleen maar toe. Ik kan geen algemene uitspraak doen over hoe vaak internetinterventies plaatsvinden als toegeleiding naar, aanvulling op of onderdeel van een reguliere behandeling, dan wel ter vervanging van «face to face» contact.

De leden van de **SP-fractie** vragen of het de bedoeling is van de regering om therapeuten en praktijken te vervangen door internetbehandelingen of programma's en zo ja, waarom de regering dit wenselijk vindt.

Het is niet de bedoeling om therapeuten of praktijken te vervangen door internetbehandelingen of internetprogramma's. Het doel is om doelmatige zorg te leveren van zo hoog mogelijke kwaliteit die het beste past bij de situatie van de patiënt. Dat kan zijn door «reguliere» zorg, door zorg op afstand via het internet of door een combinatie van beiden. Ingeval van schaamte bij de zorgvrager om gebruik te maken van het reguliere aanbod, staat de mogelijkheid open om op anonieme wijze via het internet geholpen te worden. Het wetsvoorstel heeft slechts betrekking op deze beperkte specifieke vorm van e mental health.

De leden van de **SP-fractie** vragen hoe zorgaanbieders kunnen aantonen dat zij alleen anonieme e-mental health toepassen bij mensen voor wie anonimiteit om psychische redenen noodzakelijk is.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven gegeven heb op een gelijkluidende vraag van de VVD.

Daarnaast vragen de leden van de **SP-fractie** hoe het er in de praktijk uitziet wanneer een persoon zich via internet meldt voor hulp. Genoemde leden zien graag een toelichting op de praktijk van aanmelden met een hulpvraag tot nazorg, met daarbij het verschil met een reguliere behandeling.

Voor het aanmelden bij anonieme e-mental health interventie zal de gebruiker vaak eerst een vragenlijst moeten beantwoorden (indicatiestelling) en een account aanmaken onder een alias. Vervolgens zal hij de uitslag van de indicatiestelling ontvangen. Afhankelijk van de interventie zal de gebruiker – al dan niet op afgesproken tijdstippen – de interventie zelfstandig volgen. Dit is een wezenlijk onderscheid ten opzichte van reguliere behandelingen waarbij de behandelaar en de patiënt elkaar altijd op het afgesproken tijdstip fysiek zullen moeten treffen.

De leden van de **CDA-fractie** vragen wat de regering onder bewezen effectief verstaat en wanneer een interventie bewezen effectief is verklaard.

Het wetsvoorstel ziet op het mogelijk maken van bekostiging van interventies die bewezen effectief zijn, hetgeen inhoudt dat de interventie voldoet aan het criterium «stand van wetenschap en praktijk». Of een interventie bewezen effectief is, zal worden beoordeeld door het Zorginstituut.

De leden van de **CDA-fractie** willen graag weten waarom niet is aangesloten bij de nieuwe structuur van de GGZ in een generalistische en specialistische GGZ om op langere termijn verwarring over de reikwijdte van dit wetsvoorstel te voorkomen.

In dit voorliggend wetsvoorstel wordt aangesloten bij zorg die te rekenen is tot de eerstelijns psychologische zorg zoals die wordt gehanteerd vóór

invoering van de basis GGZ (hierna: eerstelijns psychologische zorg). Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek.
De basis-GGZ is breder dan alleen de eerstelijnszorg. Immers, ook een deel van de populatie uit de eerdere tweedelijnszorg GGZ is meegenomen als onderdeel van de generalistische (basis) GGZ. De basis-GGZ omvat daardoor ook patiënten met zwaardere psychische problematiek. Het is niet wenselijk om deze groep patiënten op anonieme wijze te behandelen.

De leden van de **CDA-fractie** vragen welke redenen er zijn om de anonieme e-mental health te beperken tot de eerstelijnszorg en niet ook e-mental health binnen tweedelijnszorg mogelijk te maken. Voorts vragen deze leden of bij deze interventies ook aandacht is voor gezinsproblematiek.

Voor de reikwijdte van het wetsvoorstel is aansluiting gezocht bij de criteria van het beleidskader.
Tweedelijns zorginterventies vallen niet onder het beleidskader en evenmin onder het onderhavige wetsvoorstel. De aard van de problematiek die in de tweedelijns zorg wordt behandeld, is zodanig complex van aard dat een behandelrelatie op basis van anonimiteit niet verantwoord wordt geacht. In dit verband kan ook worden gewezen op het feit dat in de tweedelijnszorg het voorschrijven van psychofarmaca aangewezen kan zijn. Het voorschrijven van deze medicatie is eveneens niet mogelijk ingeval van anonimiteit. Aandacht voor gezinsproblematiek maakt geen deel uit van de subsidievoorwaarden.

De leden van de **D66-fractie** vragen welke financiële besparing de regering verwacht dat vroege indicatie en behandeling zullen opleveren.

Er is geen concrete financiële besparing geraamd.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen op welke wijze zorgaanbieders controleren dat zij alleen die patiënten anoniem behandelen die zich zonder deze behandelingsmogelijkheid niet voor zorg zouden aanmelden of zouden afhaken.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven gegeven heb op een gelijkluidende vraag van de leden van de VVD-fractie.

Voorts vragen de leden van de **ChristenUnie-fractie** hoeveel zorgaanbieders in aanmerking komen voor de financiering van anonieme e-mental health en welke eisen aan de zorgaanbieders worden gesteld.

Afhankelijk van de hoogte van de bedragen waarvoor subsidie wordt aangevraagd kunnen tussen de acht en twintig zorgaanbieders subsidie krijgen op basis van het beschikbare bedrag van 2 miljoen euro per jaar. De eisen die gesteld worden aan de zorgaanbieders worden vastgelegd in de nadere regelgeving op grond van dit wetsvoorstel. Hierbij wordt aangesloten bij de voorwaarden uit het huidige beleidskader.

Deze leden vragen tevens op welke wijze de kwaliteitseisen van de geboden hulp worden gecontroleerd.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord hierboven op een gelijkluidende vraag van de VVD-fractie.

3. Financiering tot en met 2013

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoe zorgaanbieders kunnen aantonen dat de subsidie is gebruikt voor anonieme e-mental health.

Zorgaanbieders kunnen onder andere door middel van gegevens uit hun registratiesystemen aantonen dat de subsidie voor het verstrekte doel gebruikt is. Daarnaast kunnen ook voorwaarden gesteld worden aan de verantwoording van subsidies, zoals het overleggen van een accountantsverklaring.

Deze leden vragen voorts welke maatregelen er beschikbaar zijn om eventuele fraude tegen te gaan en of deze maatregelen indien nodig ook ingezet worden. Tevens vragen zij wie toezicht houdt op eerlijke aanspraken op de subsidie van het Zorginstituut.

Fraude wordt tegengegaan doordat de zorgaanbieder in ieder geval transparant zal moeten zijn over de wijze waarop zij aan de gestelde voorwaarden en verplichtingen voldoet om subsidie te verkrijgen. Ik ga ervan uit dat het Zorginstituut op basis van de voorwaarden die zijn vastgelegd in de nadere regelgeving, subsidieaanvragen zal beoordelen. De zorgaanbieder zal de aanwending van de subsidie moeten verantwoorden. De NZa heeft hier geen rol. Als daar aanleiding toe is kan het Zorginstituut nader onderzoek verrichten.

In geval van eventuele fraude zal het Zorginstituut (voorschotten op) verstrekte subsidies terugvorderen. Daarnaast kan de gebruikelijke strafrechtelijke handhaving in gang worden gezet.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen of het structurele budget van 2 miljoen euro toereikend is voor de vraag naar anonieme e-mental health. Zij vragen wat de ervaringen zijn vanuit de periode met tijdelijke financiering en wat de verwachtingen voor de toekomst zijn, ook gezien het feit dat incidentie en prevalentie van belangrijke psychische aandoeningen, zoals depressie, stijgen. Tevens vragen zij hoe dat zit bij e-mental health in zijn algemeenheid.

Gezien de omstandigheid dat zowel in 2012 als in 2013 de beschikbare 2 miljoen euro niet geheel is uitgegeven aan subsidies op het terrein van anonieme e-mental health, verwacht ik dat de 2 miljoen euro toereikend zal zijn. Ik ben bereid maximaal twee miljoen euro voor deze zorg beschikbaar te stellen.
De anonieme e-mental health kan eraan bijdragen dat mensen met psychische problemen die zich niet op het reguliere zorgaanbod kunnen of durven te beroepen, toch zorg kunnen ontvangen. Tegelijkertijd hecht ik eraan dat de regeling de reguliere zorg niet verdringt. Door het bedrag te maximeren op twee miljoen euro is geborgd dat er een beperkt aanbod van deze zorg mogelijk is. Voor aanbieders is het daarom van belang dat zij dit alleen gebruiken voor die patiënten die hier daadwerkelijk op aangewezen zijn. Deze patiënten ontvangen nu geen zorg en dat brengt risico's met zich voor deze patiënten. Anonieme e-mental health biedt hen een kans op een behandeling.
Ten algemene ben ik ervan overtuigd dat e-mental health kansen biedt om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de groei in zorgkosten te beperken. Het geeft patiënten daarnaast veel meer mogelijkheden. Om dit op grote schaal te realiseren, zullen we de stap moeten zetten om in de komende jaren (lokaal) succesvolle initiatieven te delen en landelijk op te schalen.

Voor de nadere beantwoording van deze vragen ten aanzien van e-mental health in zijn algemeenheid, verwijs ik naar mijn antwoorden op eerdere vragen van de fractie van de PvdA.

Voorts vragen de leden van de **PvdA-fractie** of door aanbieders van anonieme e-mental health vaak gebruik wordt gemaakt van eigen financiering en particuliere fondsen. Zij vragen of dit ook niet (bewezen) effectieve interventies kan betreffen en of dit, in het kader van mogelijk onbekende en/of negatieve gevolgen voor de volksgezondheid, wenselijk is.

Naast eerder genoemde financieringsmogelijkheden maken zorgaanbieders gebruik van andere financieringsbronnen, zoals eigen financiering en particuliere fondsen. Niet bekend is in welke mate dit plaatsvindt en in hoeverre dit mogelijk niet (bewezen) effectieve interventies betreft.

4. Gedeelde verantwoordelijkheid zorgaanbieders, patiënt, zorgverzekeraar en overheid

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoe er kan worden gecontroleerd of anonimiteit daadwerkelijk een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling is en niet andere motieven zoals het ontlasten van het eigen risico. Zij vragen wat de mogelijkheden zijn van zorgaanbieders om de noodzakelijkheid te onderzoeken, aangezien niet duidelijk is met welke personen zorgaanbieders te maken hebben. Ook lezen deze leden dat zorgaanbieders gebruikers dienen te motiveren over te stappen naar reguliere zorg. Zij vragen hoe dit zich verhoudt tot de wens van gebruikers om anoniem te blijven.

Een «hard» controlemechanisme op de noodzaak voor anonimiteit, is niet voorhanden. Op de zorgaanbieder rust de verplichting om duidelijk te maken dat de internetinterventies gebruikt worden door personen voor wie anoniem gebruik «psychisch noodzakelijk» is. In de subsidieaanvraag zal de zorgaanbieder duidelijk moeten uitleggen op welke wijze hij onderzoekt of sprake is van een psychische noodzakelijkheid. Dit is een voorwaarde uit het beleidskader die in de nadere regeling op grond van de wet opgenomen zal worden. Indien de zorgaanbieder in zijn subsidieaanvraag niet of onvoldoende beschrijft op welke wijze deze voorwaarde wordt gecontroleerd, kan dit leiden tot het afwijzen van zijn subsidieaanvraag.
De zorgaanbieder onderzoekt dit veelal door het afnemen van een intake (op anonieme wijze). Indien gebruik wordt gemaakt van eerstelijnszorg psychologische zorg via anonieme e-mental health, wordt inderdaad het eigen risico daar niet voor belast. Het gaat om zorgverlening aan personen die anders geen zorg zouden vragen vanwege gevoelens van schaamte. Het motiveren van gebruikers om over te stappen naar de reguliere zorg, verhoudt zich goed in relatie tot de wens om anoniem te blijven. De motivatie van gebruikers vindt plaats door onder andere het bespreekbaar en inzichtelijk maken van de psychische problemen, de reguliere zorg wordt niet geïnformeerd door de zorgaanbieder van anonieme zorg.

De leden van de **SP-fractie** willen weten op welke wijze de regering voorkomt dat de zorgverzekeraar op de stoel van arts of psycholoog gaat zitten en gaat bepalen wie wel of niet toegang krijgt tot anonieme internetinterventies. In het verlengde hiervan willen genoemde leden weten hoe de uitdijende macht van de zorgverzekeraar zich verhoudt tot de «gedeelde verantwoordelijkheid» waar de regering over spreekt. Zij vragen of hier sprake is van een glijdende schaal en of de regering zich aan haar verantwoordelijkheid houdt. Tevens vragen zij in hoeverre de zin

«de regering is van mening dat anonieme e-mental health niet uitsluitend de verantwoordelijkheid is van de overheid» de deur opent naar externe financiers die hun eigen voorwaarden stellen. De leden van de **SP-fractie** willen een toelichting hierop.

Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk structurele financiering te waarborgen van een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies. De uitvoering is in handen van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars hebben hier geen enkele bemoeienis mee. Met dit wetsvoorstel neemt de regering haar verantwoordelijkheid door financiering van een beperkt aanbod anonieme e-mental health mogelijk te maken. Het staat zorgverzekeraars en externe financiers vrij om hiernaast ook vergelijkbaar zorgaanbod te ondersteunen. Het staat partijen daarbij vrij om – met inachtneming van de bestaande wet- en regelgeving – hierbij hun eigen voorwaarden te stellen.

Genoemde leden willen ook graag een toelichting hierop met betrekking tot de anonieme financiering voor ernstig bedreigde personen.

Het Stelsel Bewaken en Beveiligen (SBB) ziet er op toe dat op een objectieve manier en op het juiste niveau wordt ingeschat hoe hoog de dreiging is en dat de noodzakelijke maatregelen op de dreiging worden afgestemd. Voor personen die niet in het SBB zijn opgenomen, is de kans op zeer ernstige dreiging minder aanwezig. Bescherming van gegevens door middel van de al getroffen maatregelen door zorgverzekeraars («uniforme maatregel kwetsbare groepen», onderdeel van de «Gedragscode goed verzekeraarschap») volstaat dan. Wat betreft de kwaliteit van zorg is de zorgaanbieder altijd gehouden aan de bestaande kwaliteitsregelgeving. De IGZ ziet hier op toe.

De leden van de **SP-fractie** vragen hoeveel geld er gemoeid is met de internetinfrastructuur en hoeveel daarvan door de overheid wordt bekostigd. Ook vragen genoemde leden een verduidelijking van de technische systemen en de beveiliging van de ICT omtrent e-health. Tevens vragen deze leden wat het bedrijfsleven investeert in deze technieken.

Het huidige beleidskader kent een maximum vergoeding voor een interventietraject. Deze vergoeding is gebaseerd op informatie van het Trimbos-instituut over de gemiddelde kosten van een e-mental health interventie. Wat betreft technische systemen en beveiliging, dient de aanbieder te voldoen aan de vereisten van de NEN 7510 Informatiebeveiliging in de zorg. Om voor financiering in aanmerking te komen moet de zorgaanbieder ervoor zorg dragen dat daarnaast voldaan wordt aan de vereisten van de Wet bescherming persoonsgegevens. De anonimiteit van de gebruiker moet te allen tijde gegarandeerd zijn.

5. Mogelijke en uiteindelijke optie

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de toelichting dat per zorgaanbieder een minimaal en een maximaal subsidiebedrag wordt vastgesteld. Zij vragen waarom voor een minimumbedrag van € 100.000,– en een maximumbedrag van € 700.000,– gekozen is. Deze leden vragen wie de prioritering bepaalt en of dit op basis van wie het eerst komt, wie het eerst maalt is. Tevens vragen zij wat er gebeurt als het plafond al na 3 verzekeraars bereikt is. De leden van de **VVD-fractie** vragen vervolgens waarom subsidiëring en tarifering door elkaar heen lopen en hoe dat in de praktijk werkt.

De zorgverzekeraars spelen geen rol bij de bepaling van het plafond; het plafond richt zich op de aanbieders van deze anonieme e-mental health. Bij de keuze van het stellen van het maximumbedrag van € 700.000,– en het minimumbedrag van € 100.000,– per zorgaanbieder heeft enerzijds een rol gespeeld dat de zorgaanbieders die gebruik maken van de subsidie een substantieel volume aan zorg leveren om te voorkomen dat het aanbod aan anonieme e-mental health teveel versnipperd raakt. Anderzijds is van belang geweest dat het beschikbare subsidiebedrag (2 miljoen euro) aan meerdere zorgaanbieders gegund zou worden. Langs deze weg is dus een balans bewerkstelligd tussen het belang van een adequaat en niet te zeer versnipperd zorgaanbod en de keuzevrijheid van patiënten.

Aanvankelijk werd in het Beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health (Stcrt 2011, 18936), een ondergrens van € 125.000,– gesteld. Echter, gebleken was bij de beoordeling van de subsidieaanvragen in de jaren 2012 en 2013 dat de ondergrens van € 125.000,– voor meerdere subsidieaanvragers een te hoge drempel was. Om die reden is het bedrag naar beneden bijgesteld. Indien het plafond bereikt wordt, zal het Zorginstituut de prioritering bepalen op basis van voorwaarden uit de nadere regeling. Deze voorwaarden zullen inhoudelijk overeenkomen met de verdeelregels zoals deze op grond van het huidige beleidskader voor anonieme e-mental health gelden.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of deze zorg ook al zonder subsidie aangeboden wordt door zorgverleners.

Er zijn zorgverleners die anonieme e-mental health aanbieden zonder subsidie.

Vanwege Europeesrechtelijke aspecten wordt in de subsidieregeling niet opgenomen dat de zorgaanbieder in Nederland gevestigd moet zijn. De leden van de **VVD-fractie** vragen een nadere toelichting hierop, waarbij wordt ingegaan op de mogelijke implicaties hiervan.

Op grond van Europese regelgeving en jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (verder: Hof) mag de voorwaarde dat zorg binnen Nederland wordt gegeven niet zonder meer worden gesteld binnen de Europese Unie. Voor deze landen gelden de vrij-verkeersbepalingen van het EU-Werkingsverdrag. Het Hof heeft geoordeeld dat lidstaten in beginsel vrij zijn wat betreft de wijze waarop zij hun stelsel van sociale zekerheid inrichten, maar dat zij daarbij wel rekening moeten houden met Europese regelgeving. Het stellen van de eis dat een zorgaanbieder in Nederland gevestigd moet zijn om in aanmerking te komen voor subsidie is een niet toegestane belemmering van het vrij verkeer van diensten.

Op grond van het huidige beleidskader is niet langer vereist dat de zorgaanbieder in Nederland gevestigd is. Zorgaanbieders uit een andere EU-lidstaat kunnen dus onder dezelfde voorwaarden aanspraak maken op de subsidie. Om mogelijke versnippering tegen te gaan is het minimale subsidiebedrag gesteld op € 100.000,– waardoor de zorgaanbieders die gebruik maken van de subsidie een substantieel volume aan zorg leveren.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoe het toetsingskader dat het Zorginstituut gaat gebruiken om aanbieders aan te merken voor financiering eruit komt te zien en hoe dit kader goede van minder goede anonieme e-mental health onderscheidt.
Deze leden vragen tevens of dit kader ook toetst in hoeverre de gebruiker behoort tot de juiste doelgroep en in hoeverre anonieme e-mental health door zorgaanbieders is verstrekt aan personen voor wie anonimiteit

noodzakelijk is. Zo nee, of deze voorwaarde aan het toetsingskader kan worden toegevoegd.

In het algemeen geldt dat zorgaanbieders die anonieme e-mental health aanbieden, net als bij reguliere zorg, moeten voldoen aan de algemene kwaliteitseisen voor zorg, zoals opgenomen in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG.
De subsidieregeling komt in hoofdlijnen inhoudelijk overeen met het huidige beleidskader. Er worden voorwaarden gesteld aan de te leveren zorg (interventies moeten bijvoorbeeld als effectief worden beschouwd en de zorg moet door beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie worden geleverd). Het Zorginstituut zal nagaan of de zorgaanbieder aan deze (kwaliteits)voorwaarden voldoet en of de verantwoordelijke hulpverlener(s) geregistreerd staan in het BIG-register. Zo wordt de zorgaanbieder ook verplicht om duidelijk te maken dat de internetinterventies gebruikt worden door die categorie personen voor wie anoniem gebruik van e-mental health, om psychische redenen, noodzakelijk is. Ook dient de zorgaanbieder de gebruiker te motiveren of toe te geleiden naar de reguliere zorg, in welk geval de gebruiker uit de anonimiteit treedt.
De organisaties en zorgverleners die anonieme e-mental zorg verlenen vallen onder het reguliere toezicht van de IGZ.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen waarop de minimum- en maximumprijzen voor de subsidie zijn gebaseerd en waarom het gewenst is om een minimaal subsidiebedrag van € 100.000,– per zorgaanbieder te verlenen.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven heb gegeven op een gelijkluidende vraag van de leden van de VVD-fractie.

In aanvulling daarop vragen de leden van de **PvdA-fractie** in hoeverre het minimaal subsidiebedrag per zorgaanbieder van invloed is op de beschikbaarheid van anonieme e-mental health interventies voor psychische aandoeningen die minder vaak voorkomen en waar dus minder vraag naar is. Deze leden vragen tevens in hoeverre deze «financieel begrensde afspraken met zorgaanbieders» de keuzevrijheid van patiënten beïnvloedt en in hoeverre deze begrenzing daadwerkelijk tot een reductie van fraudeprikkels leidt.

Er zijn geen aanwijzingen dat het stellen van een minimumbedrag gevolgen heeft voor interventies voor psychische aandoeningen en verslavingen waar minder vraag naar is. De ondergrens voor de subsidie wordt niet gesteld om fraudeprikkels te verminderen, maar om versnippering van het aanbod tegen te gaan.

De leden van de **PvdA-fractie** zijn bezorgd dat mogelijk Europese aanbieders aanspraak kunnen maken op de subsidie en vragen in hoeverre dit van invloed is op de voorwaarden en kwaliteitseisen die in de memorie van toelichting zijn uitgesproken. Zij vragen tevens of deze voorwaarden en eisen nog voldoende te handhaven zijn door het Zorginstituut.

Voor Europese aanbieders gelden dezelfde voorwaarden en kwaliteitseisen als voor Nederlandse aanbieders. Het Zorginstituut zal deze voorwaarden en eisen handhaven.

De leden van de **SP-fractie** vragen hoe het toetsingskader er uitziet dat het Zorginstituut Nederland opstelt, waar zorgaanbieders zich aan moeten houden om in aanmerking te komen voor een subsidie. Daarnaast vragen

deze leden waarom ervoor is gekozen om de subsidie jaarlijks te verstrekken.

Het toetsingskader dat het Zorginstituut ter uitvoering van de subsidieregeling zal hanteren, zal deel uitmaken van de nadere regeling. Deze nadere (subsidie)regeling zal in hoofdlijnen inhoudelijk overeen komen met het vigerende beleidskader. De reden dat er voor gekozen is om de subsidie jaarlijks te verstrekken is om aan de hand van de ingediende subsidieaanvragen, telkens opnieuw de afweging te kunnen maken aan welke vragen prioriteit wordt verleend. In het beleidskader zijn concrete verdeelregels vastgelegd voor het geval meer subsidieaanvragen worden ingediend dan het plafond van 2 miljoen toelaat.

De leden van de **SP-fractie** vragen waarom er gekozen is voor een maximumprijs voor een geheel interventietraject en voor een maximale minuutprijs. Zij vragen of dit betekent dat zorgaanbieders een geheel anoniem internettraject kunnen bieden en in hoeverre de regering dit wenselijk vindt.

De praktijk van (anonieme) e-mental health is zeer gevarieerd. Deze loopt uiteen van interventies die bestaan uit zelfhulpmodules tot bijvoorbeeld het chatten met een behandelaar of andere zorgvragers. Het gevarieerde aanbod van e-mental health interventies leidt er ook toe dat er veel verschillende kostprijzen zijn, waartegen de interventies aangeboden kunnen worden. Ook de duur van de interventies varieert in de praktijk. Om te voorkomen dat een aanzienlijk deel van het beschikbare budget door dure interventies zou worden opgesoupeerd, is gekozen voor een maximumprijs per interventie en voor een maximum minuutprijs. De hoogte van het maximumbedrag zoals dat is opgenomen in het huidige beleidskader is tot stand gekomen op basis van berekeningen van het Trimbos-instituut.

Daarnaast willen genoemde leden weten waarom er gekozen is voor het verlenen van een minimum en maximum bedrag aan subsidie.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven heb gegeven op een gelijkluidende vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de **SP-fractie** vragen in hoeverre er met de invulling van dit wetsvoorstel extra massa wordt gecreëerd en in hoeverre zorgaanbieders worden beperkt om een extra doelgroep aan te boren, waarvoor deze interventies niet bedoeld zijn, omdat zorgaanbieders hiermee subsidie kunnen krijgen.

Deze regeling komt in de plaats van en is geënt op de beleidskaders voor 2012 tot en met 2014. Hierdoor worden er ten opzichte van het huidige subsidiebeleid geen extra mogelijkheden gecreëerd.

De leden van de **CDA-fractie** vragen wie er toezicht op houdt dat de zorgaanbieder de zorg ook aan de juiste personen aanbiedt en dat niet fictieve personen van de zorg gebruik maken. Tevens vragen deze leden hoe dit toezicht er uit ziet.

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg van zorgaanbieders, ook wanneer zij (anonieme) e-mental health aanbieden. Dit toezicht ziet er voor anonieme e-mental health aanbieders vergelijkbaar uit als voor niet-anonieme e-mental health aanbieders. De IGZ houdt toezicht op het leveren van verantwoorde zorg op basis van de Kwaliteitswet en de Wet

BIG. Het begrip verantwoorde zorg wordt door koepelorganisaties van zorgaanbieders gedefinieerd en vastgelegd in professionele richtlijnen. Het Zorginstituut is in het kader van dit voorstel van wet, belast met de uitvoering van de subsidieregeling. De zorgorganisatie zal de subsidie achteraf moeten verantwoorden en afrekenen.

De leden van de **CDA-fractie** willen graag een nadere uitleg waarom het niet mogelijk zou zijn om het totaal van de beschikbaarheidbijdragen voor anonieme e-mental health te begrenzen met een subsidieplafond en of dit ook geldt voor overige beschikbaarheidbijdragen.

Bij een subsidieplafond worden de middelen toegekend volgens een bepaalde rangschikking van de aanvragen. Een subsidieplafond maakt het mogelijk omwille van louter budgettaire redenen een aanvraag van een subsidie te weigeren wanneer het budget is uitgeput. De aanvrager zou in zo'n geval voldoen aan de (zorginhoudelijke) criteria en in aanmerking komen voor subsidie, ware het niet dat er geen middelen meer zijn om de subsidie te verstrekken. Er wordt structureel een budget van 2 miljoen beschikbaar gesteld om het aanbod van anonieme e-mental health te stimuleren als aanvulling op het reguliere zorgaanbod. Het is mogelijk dat niet het volledige budget aangewend wordt voor anonieme e-mental health en er dus minder aanbod gerealiseerd wordt. Anderzijds zullen bij overinschrijving aanvragen uitsluitend worden afgewezen vanwege het subsidieplafond.

Het karakter van de beschikbaarheidbijdrage is wezenlijk anders dan zo'n stimuleringssubsidie. De beschikbaarheidbijdrage strekt ertoe om noodzakelijk geachte zorg beschikbaar te laten komen of te laten blijven. De beschikbaarheidbijdrage wordt verleend indien het geheel verwerken in de tarieven voor die zorg niet mogelijk is of zou leiden tot marktverstoring. De NZa belast op aanvraag de zorgaanbieder met het aanbieden van de noodzakelijke geachte zorg. De beschikbaarheidbijdrage moet met de eventuele tariefopbrengsten dekking bieden voor de redelijkerwijs te maken kosten voor die zorg. Voor de beoogde wijze van stimuleren van anonieme e-mental health, met inbegrip van de financiële beperking daarvan, is de beschikbaarheidbijdrage derhalve geen geschikt instrument.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of het beleggen van de uitvoering bij het Zorginstituut niet weer een extra financieringsstroom betekent en op welke andere gebieden het Zorginstituut ook subsidies verstrekt. Deze leden vragen of de regering ook nadelen aan een subsidieregeling ziet.

Met het beleggen van de uitvoering bij het Zorginstituut vervalt de subsidie via het huidige beleidskader. Het betreft dus geen extra financieringsstroom maar een verlegging van een financieringsstroom. Het Zorginstituut verstrekt op dit moment op grond van de Wlz subsidies voor extramurale behandeling, eerstelijnsverblijf en ADL-assistentie. Daarnaast verstrekt het Zorginstituut bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. De keerzijde van een jaarlijkse subsidie is dat de financiering voor een individuele zorgaanbieder niet op voorhand zeker is.

Genoemde leden vragen hoe de hoogte van 312 euro voor een geheel interventietraject tot stand is gekomen.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven heb gegeven op een gelijkluidende vraag van de leden van de SP-fractie. Overigens is dit tarief bij besluit van 1 september 2013, 121748-104686, houdende vaststelling van een beleidskader voor

subsidiëring van anonieme e-mental health 2014, aangepast naar het tarief van € 327,–.

De in het beleidskader opgenomen eis dat de zorgaanbieder in Nederland gevestigd moet zijn, zal in verband met Europeesrechtelijke aspecten niet opgenomen worden in de subsidieregeling. De leden van de **CDA-fractie** vragen wat deze Europeesrechtelijke aspecten inhouden en of zorgaanbieders die niet in Nederland gevestigd zijn nu wel aanspraak kunnen maken op de subsidieregeling.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven heb gegeven op een gelijkluidende vraag van de leden van de VVD-fractie.

Voorts vragen deze leden hoe de regering dit wetsvoorstel en de effectiviteit ervan gaat evalueren.

In algemene zin kan een evaluatie vele verschillende aspecten van een regeling betreffen. Ook omvang en wijze van uitvoering van evaluatieonderzoeken zijn divers. Ik acht een evaluatie van dit wetsvoorstel over twee jaar na inwerkingtreding zeker op zijn plaats. Gelet op het relatief beperkte budgettaire gewicht van het wetsvoorstel, zal ik te zijner tijd bezien op welke wijze ik een dergelijke toets kan doen uitvoeren.

De leden van de **D66-fractie** vragen of de wettelijke kaders die de zorgaanbieder moet hanteren om de anonimiteit van de cliënt te waarborgen in rechte afdwingbaar zijn en welke instantie toezicht houdt op de naleving van deze kaders. Daarnaast willen zij weten welke sancties de regering voorhanden heeft voor zorgaanbieders die de anonimiteit van de cliënt niet kunnen waarborgen.

De wettelijke kaders die de zorgaanbieder moet hanteren bij verwerken van persoonsgegevens zijn de bepalingen uit de Wbp en de WGBO, specifiek uitgewerkt in NEN 7510 Informatiebeveiliging in de zorg. Het College Bescherming Persoonsgegevens (Cbp) houdt toezicht op de naleving van de Wbp en de IGZ houdt uit hoofde van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG toezicht op de kwaliteit van de zorg. Bij dit toezicht wordt acht geslagen op de normen van de WGBO. Het Cbp en de IGZ hebben diverse instrumenten voor bestuursrechtelijke handhaving. Daarnaast vallen individuele hulpverleners onder het tuchtrecht, waar behalve IGZ ook cliënten gebruik van kunnen maken.

Genoemde leden constateren dat de zorgaanbieder de gebruiker van anonieme e-mental health naar reguliere zorg dient te begeleiden en vragen welk beleid de regering hanteert voor gebruikers die niet tot reguliere zorg te bewegen zijn.

Het beleid gericht op mensen met psychische problematiek die zorg mijden valt onder de openbare geestelijke gezondheidszorg. Centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor het bieden van activiteiten die beogen dat zorgmijders worden toegeleid naar de geestelijke gezondheidszorg of de verslavingszorg. Uit onderzoek van de IGZ dat ik in november 2013 aan uw Kamer heb aangeboden[6] blijkt dat centrumgemeenten hun regierol op het gebied van de bemoeizorg goed oppakken en zich voldoende inzetten voor het opstellen van regionaal beleid hierop. Hiertoe worden samenwerkingsafspraken gemaakt met instellingen voor geestelijke gezond-

[6] IGZ (2013): Naleving van voorwaarden voor zorg aan zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen verbeterd.

heidszorg en verslavingszorg en Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de regering voor een maximumprijs van het interventietraject en voor een maximale minuutprijs heeft gekozen en vragen waaraan zij die tarieven ontleent en wat de onderbouwing daarvan is. Deze leden vragen voorts of de regering het huidige budget toereikend acht en zo nee, op welke manier de regering de financiering rond wil krijgen.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven heb gegeven op gelijkluidende vragen van de leden van de SP-fractie.

6. Financiële gevolgen

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat er structureel 2 miljoen euro wordt uitgetrokken voor deze subsidieregeling en vragen of dit bedrag gelijk is aan het bedrag dat in 2012 en in 2013 werd besteed aan deze hulpverlening en zo nee, waarom niet. Tevens vragen deze leden of dit bedrag gelijk is aan het bedrag dat voor 2012 jaarlijks werd uitgegeven aan deze hulpverlening en zo nee, waarom niet.

Het huidige beleidskader kent een plafond van twee miljoen euro. In 2012 en 2013 is er in beide jaren 0,7 miljoen euro aan subsidies toegekend. Het toegekende bedrag viel lager uit dan het plafond aangezien er een beperkt aantal subsidieaanvragen was ingediend. Tevens voldeed een aantal subsidieaanvragen niet aan de voorwaarden van het beleidskader. Hoeveel er vóór 2012 in totaal aan deze hulpverlening is uitgegeven, is niet bekend. In de budgetsystematiek tot 2008 konden instellingen via de budgetparameter «preventie en dienstverlening» deze zorg aanbieden. Instellingen declareerden destijds niet op individuele basis, dus onbekend is of de onder de desbetreffende budgetparameter gedeclareerde zorg betrekking heeft op anonieme personen. Ná de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw in 2008 was bekostiging van anonieme e-mental health interventies voor gebudgetteerde GGZ-instellingen via de budgetcomponent dienstverlening nog mogelijk (mits hier overeenstemming over was met de representerende zorgverzekeraar). Onder de budgetcomponent dienstverlening vallen echter ook activiteiten7 die niet afzonderlijk werden geregistreerd. Het totaal bedrag dat onder deze budgetcomponent is gedeclareerd bedroeg in 2007 25,5 miljoen euro en in 2012 14,3 miljoen euro. Sinds 2013 is sprake van prestatiebekostiging en wordt deze budgetparameter niet meer gehanteerd.

Gezien de omstandigheid dat zowel in 2012 als in 2013 de beschikbare 2 miljoen euro niet geheel is uitgegeven aan subsidieverleningen, verwacht ik dat de 2 miljoen euro toereikend zal zijn.

De leden van de **CDA-fractie** willen graag weten wat met de uitvoeringskosten bedoeld wordt en hoe groot de uitvoeringskosten van het Zorginstituut voor deze subsidieregeling zijn. Tevens vragen zij of de subsidieregeling ook het ontwikkelen van de e-mental health interventie betreft.

Met de uitvoeringskosten worden de uitvoeringskosten van het Zorginstituut bedoeld. Deze (beperkte) kosten hangen samen met het beoordelen van subsidieaanvragen en het verstrekken van subsidies. De uitvoeringskosten bevatten dus niet de kosten van de zorgaanbieder. Deze regeling betreft enkel de financiering van internetinterventies voor

mensen die anoniem willen zijn. De ontwikkeling van e-mental health interventies valt hier niet onder.

De leden van de **CDA-fractie** geven aan dat voor 2008 anonieme e-mental health interventies op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) mogelijk waren. Zij willen weten hoe groot het bedrag was dat in 2007 aan anonieme e-mental health is besteed.

Het is niet bekend hoe groot het bedrag is dat in 2007 aan anonieme e-mental health is besteed. In de budgetsystematiek werd niet apart geregistreerd of preventie- en dienstverleningsactiviteiten op anonieme of op niet anonieme wijze plaatsvond. Instellingen declareerden destijds niet op individuele basis. De activiteiten konden voor patiënten kosteloos worden aangeboden en verzekerd zijn speelde in de praktijk geen rol.

De leden van de **D66-fractie** vragen de regering of de financieringskosten voor e-mental health in de toekomst zullen oplopen als gevolg van verdere digitalisering en automatisering van de zorg waardoor mensen een groter beroep zullen doen op e-mental health. Deze leden vernemen graag de regeringsverwachtingen hieromtrent en hoe zij een en ander zullen monitoren.

Voor de goede orde, onderhavig voorstel van wet ziet slechts op een zeer beperkt deel van e-(mental) health, de anonieme e-mental health.
Sinds enige jaren vertoont het gebruik van e-(mental) health een stijgende trend. Uit onderzoek van het innovatiebureau E-hulp blijkt dat inmiddels ruim een kwart miljoen mensen gebruik maakt van online hulpprogramma's. Het is dan ook mijn verwachting dat het gebruik van e-mental health zal toenemen. Desondanks kan niet geconcludeerd worden dat e-health op grote schaal is doorgevoerd, zo blijkt uit de eHealth monitor 2014[7]. Minder dan een kwart van de psychiaters (23%) geeft aan dat het mogelijk is om «blended behandeling» te volgen (online behandeling gecombineerd met face to face contact). Het onderzoek en de monitor gaat niet expliciet in op de financieringskosten van e-mental health.
Ik kan geen uitspraak doen over het effect op de financieringskosten als gevolg van toenemend gebruik. Naarmate er sprake is van opschaling van e-mental health, zal deze vorm van ondersteuning een integraal onderdeel gaan uitmaken van het primaire zorgproces. De patiënt die regie voert over zijn leven en zorg, krijgt steeds meer een «blended behandeling» waarbij de verhouding tussen de zorg via online hulpprogramma's – die 24/7 los van plaats beschikbaar zijn – en het face to face contact verandert. De zorgverlening en het contact tussen arts en patiënt wordt op een andere wijze vormgegeven, bijvoorbeeld door meer beeldschermzorg of e-consulten. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om – in samenspraak met de patiënt – de geleverde zorg zo efficiënt mogelijk aan te bieden.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering op basis van welke gegevens het budget voor deze regeling van 2 miljoen euro is vastgesteld.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven gegeven heb op een gelijkluidende vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** willen weten welke uitvoeringskosten er door de regering worden verwacht. Zij vragen of hieronder ook de kosten voor het opbouwen van een veilig ICT systeem door de

---

7 Kamerstukken II 2012–2013, 30 388, nr. 53.

zorgaanbieder en de kosten voor de regeling die wordt getroffen voor de opvang en het zorgtraject van ernstig bedreigde personen en die vanwege hun veiligheid anoniem dienen te blijven vallen.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord dat ik hierboven gegeven heb op een gelijkluidende vraag van de leden van de CDA-fractie.

7. Ernstig bedreigde cliënten

De leden van de **VVD-fractie** vragen de regering of door het ontbreken van de wet al zaken ernstig fout zijn gegaan. Zij vragen of een wetsvoorstel de problemen ook oplost voor de ernstig bedreigde cliënt.

Traceerbaarheid via de zorgverzekeraar is slechts één van de vele traceerbaarheidsrisico's. Vóór de inwerkingtreding van de pilot «anonieme financiering zorg genoten door zeer ernstig bedreigde personen»[8] en onderhavig wetsvoorstel geldt de maatregel van zorgverzekeraars om het traceerbaarheidsrisico van verzekerden behorend tot kwetsbare groepen bij de zorgverzekeraars via adres- en woonplaatsgegevens te beperken («uniforme maatregel kwetsbare groepen», onderdeel van de «Gedragscode goed verzekeraarschap» van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)). Deze maatregel houdt in dat zoveel mogelijk naam en adresgegevens van de betreffende verzekerden zijn afgeschermd en dat de adresgegevens niet via de geautomatiseerde controle op verzekeringsgerechtigdheid aan zorgaanbieders beschikbaar worden gesteld. Op de verzekerde (dan wel de opvanginstelling waar de verzekerde verblijft) rust de meldingsverantwoordelijkheid jegens de zorgverzekeraar dat sprake is van een kwetsbare persoon. Is een verzekerde eenmaal aangemeld als kwetsbare persoon dan draagt de zorgverzekeraar er zorg voor dat de adres- en woonplaatsgegevens de aanduiding «geheim» krijgen, wat voor alle medewerkers het signaal is, dat over deze persoon geen enkele informatie mag worden verstrekt. Derden (bijvoorbeeld zorgverleners die willen nagaan of iemand wel verzekerd is) krijgen dan voor het adres een leeg veld. Voorts zorgt de zorgverzekeraar er voor dat de medewerkers die klantcontact hebben goed op de hoogte zijn van het feit dat geen informatie verstrekt mag worden van personen behorend tot een kwetsbare groep. Risico's tot het ongewenst verstrekken van adres- en woonplaatsgegevens blijven echter bestaan.

Het is niet vast te stellen of het ontbreken van de wet (en de pilot anonieme financiering zorg genoten door zeer ernstig bedreigde personen) heeft geleid tot ernstige vormen van geweld tegen slachtoffers. Er is een aantal casus bekend waarbij het versturen van declaraties door zorgverzekeraars aan het (oorspronkelijke) adres van de bedreigde persoon (en daarmee aan de bedreiger) helaas heeft plaatsgevonden. De bedreiger kon op deze manier via de declaratie de verblijfplaats van de bedreigde vinden. Dit wetsvoorstel lost dit op. In plaats van dat de declaratie van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar gaat, gaat de declaratie van de zorgaanbieder – via de Nationale Politie – naar het Zorginstituut.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen wat de verhouding is tussen de pilot «anonieme financiering van zorg genoten door ernstig bedreigde personen» en voorliggend wetsvoorstel.

[8] Kamerstukken II 2012/13, 30 388, nr. 53.

De inhoud van de pilot is neergelegd in voorliggend wetsvoorstel. In antwoord op de schriftelijke inbreng van uw fractie[9] heb ik aangegeven dat bij een positieve evaluatie van de pilot de mogelijkheid tot anonieme financiering van zorg op grond van de Zvw en de AWBZ genoten door ernstig bedreigde personen zal worden neergelegd in de wet. De pilot loopt nog door in 2015. Na evaluatie van de pilot zal bekeken worden wat een geschikt moment voor inwerkingtreding is. De wet zal dan in werking treden op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

De leden van de **SP-fractie** vragen hoe lang het duurt voordat mensen opgenomen worden in het SBB van het Openbaar Ministerie (OM). Genoemde leden stellen zich een vrouw voor die na jaren ernstige mishandeling en bedreiging in een ziekenhuis terecht komt en daar voor het eerst vertelt van de bedreigingen die zij heeft ondergaan. Op dat moment is zij nog niet opgenomen in het SBB maar gaat na verpleging wel naar een opvanghuis. Deze leden vragen of haar anonimiteit te garanderen is wanneer zij voor controle in een ander ziekenhuis of bij een andere huisarts terug moet en op welk moment een zorgaanbieder gebruik kan maken van de anonieme financiering.

Uitgangspunt is dat de dreiging ter kennis wordt gebracht (veelal via de politie) bij het OM. Indien dit in de door u geschetste casus niet (op verzoek van de vrouw) door het ziekenhuis is gedaan, kan de opvanginstelling dat doen. Deze heeft er immers belang bij zicht te krijgen op de ernst van de dreiging in verband met de veiligheid van een ieder in het opvanghuis. Indien de vrouw in het SBB wordt opgenomen en één van de maatregelen anonimiteit is, dan wordt contact met het ziekenhuis opgenomen om anonieme financiering alsnog met terugwerkende kracht te laten plaatsvinden. Vanaf dat moment is de anonimiteit naar de toekomst te garanderen en wordt getracht de anonimiteit met terugwerkende kracht te laten gelden vanaf het moment dat zij «uit het zicht» van haar bedreiger verdwenen is.

De leden van de **SP-fractie** vragen welke positie ernstig bedreigde kinderen hebben in dit wetsvoorstel. Graag willen deze leden weten welke positie de kinderen hebben als ze bijgeschreven zijn op de polis van een ouder die ernstig bedreigd wordt. Genoemde leden vragen in hoeverre via de zorg, die een kind heeft gehad, te herleiden is waar de bedreigde ouder zich bevindt.

In dit wetsvoorstel is de positie van ernstig bedreigde kinderen niet anders dan die voor ernstig bedreigde volwassenen. Er is geen leeftijdscriterium. Voor beiden geldt dat indien de personen zijn opgenomen in het SBB en het OM heeft aangegeven dat de anonimiteit van de bedreigde persoon gewaarborgd moet zijn er sprake is van anonieme financiering van zorg.

Voor wat betreft de traceerbaarheid van een bedreigde ouder – die opgenomen is in het SBB en waarbij de maatregel van anonimiteit is opgelegd – geldt dat deze maatregel wordt toegepast ten aanzien van alle personen uit deze casus die in een zorginstelling zijn opgenomen of door OM of politie op een anonieme locatie zijn ondergebracht. Dit geldt dus ook voor de kinderen, ongeacht bij wie de kinderen op de polis staan bijgeschreven.

Betreft het een bedreigde ouder die niet opgenomen is in het SBB en is sprake van één polis van ouder en kind dan geldt op grond van de «uniforme maatregel kwetsbare groepen» van Zorgverzekeraars

[9] Kamerstukken II 2012/13, 30 388, nr. 55.

Nederland (ZN) het volgende. In de Zorgverzekeringswet geldt een individuele verzekeringsplicht. In een gezinssituatie komt het veelal voor dat een der ouders als verzekeringnemer optreedt. De verzekerde (kan de verzekeringnemer zijn) die bedreigd wordt, dan wel de zorginstelling waar deze verzekerde verblijft, moet dan aan de zorgverzekeraar melden dat het beschermingsregime van de maatregel op zowel de ouder als het kind van toepassing moet zijn. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat alle zorgverzekeraars zich aan deze maatregel geconformeerd hebben en deze aldus naleven.

Tot slot vernemen de leden van de **SP-fractie** graag wat de reacties zijn van organisaties die zich bezighouden met slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties, en waarom de regering deze reacties niet heeft meegenomen in het opstellen van de wetswijziging. Te denken valt aan Fier Fryslân, vrouwenopvangorganisaties en organisaties tegen eergerelateerd geweld.

U suggereert in uw vraag dat VWS geen contact zou hebben gelegd met de vrouwenopvangorganisaties en organisaties tegen eergerelateerd geweld. Dat is onjuist. Al vanaf 2008 is VWS met partijen (Fier Fryslan, Federatie Opvang, ZN, OM, en de grote verzekeraars) in overleg om te komen tot een oplossing voor deze problematiek. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de pilot en het wetsvoorstel dat nu in uw Kamer ligt. Daarnaast krijgt Fier Frysln subsidie op basis van het beleidskader.

8. Traceerbaarheid ondergedoken cliënten

De leden van de **CDA-fractie** vragen op welke wijze zorgverzekeraars proberen te voorkomen dat privacygevoelige gegevens van cliënten in de verkeerde handen terecht komen. Deze leden gaan ervan uit dat zorgverzekeraars in elk geval enige moeite doen om informatie niet oneigenlijk te verstrekken.

De eerder genoemde «uniforme maatregel kwetsbare groepen» van ZN voorziet hierin. Zoals al eerder aangegeven wordt op basis van deze maatregel direct in de administratie verwerkt dat een bepaalde cliënt behoort tot de categorie bedreigde personen. De zorgverzekeraar draagt er dan zorg voor dat de adres- en woonplaatsgegevens de aanduiding «geheim» krijgen, wat voor alle medewerkers het signaal is, dat over deze persoon geen enkele informatie mag worden verstrekt. Derden (bijvoorbeeld zorgverleners die willen nagaan of iemand wel verzekerd is) krijgen dan voor het adres een leeg veld. Voorts zorgt de zorgverzekeraar er voor dat de medewerkers die klantcontact hebben goed op de hoogte zijn van het feit dat geen informatie verstrekt mag worden van personen behorend tot een kwetsbare groep. Risico's tot het ongewenst verstrekken van adres- en woonplaatsgegevens blijven echter bestaan.

9. Uniforme maatregel kwetsbare groepen

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de memorie van toelichting over het feit dat medewerkers van zorgverzekeraars moedwillig onbevoegd informatie doorgeven. Deze leden vinden dat zeer onwenselijk is en vragen welk beleid zorgverzekeraars hebben als zij ontdekken dat dit gebeurd is. Tevens vragen deze leden of dit een grond voor ontslag kan zijn als op zo'n manier misbruik van privacygevoelige gegevens wordt gebruikt.

In de memorie van toelichting is aangeven dat informatie soms onbedoeld toch verspreid kan worden. Dat kan bijvoorbeeld door onzorgvuldig handelen van medewerkers veroorzaakt door een te hoge

werkdruk. Het kan ook voorkomen dat de bedreiger familie of vrienden inschakelt en de medewerker onvoldoende integer handelt en onbevoegd informatie doorgeeft.
Deze risico's ondervang ik met onderhavig voorstel van wet waarmee de gegevens over de bedreigde personen, geen deel uitmaken van het declaratiesysteem van de zorgverzekeraar.
In de «Uniforme Maatregel 06: Privacy afhandeling declaraties», onderdeel van de «Gedragscode goed verzekeraarschap» van ZN, staat omschreven hoe zorgverzekeraars omgaan met schending van de geheimhoudingsplicht. Hierin staat het volgende: «*Het naleven van de geheimhoudingsplicht door de medewerkers weegt zeer zwaar voor de zorgverzekeraar. Het is van groot belang dat de medewerkers (vooraf) erop worden gewezen dat aan het overtreden van deze regels gevolgen zijn verbonden. Het voorgaande laat onverlet dat per situatie wordt beoordeeld welke gevolgen het niet naleven van de geheimhoudingsplicht van de medewerker heeft: onzorgvuldig werken is iets anders dan welbewust, uit eigen belang de gegevens raadplegen. Steeds geldt dat sancties opportuun moeten zijn.*
Indien blijkt dat een medewerker/functionaris zich niet houdt aan de op hem rustende geheimhoudingsplicht, zal in elk geval een disciplinaire maatregel worden opgelegd, welke ook wordt opgenomen in het personeelsdossier. In geval van herhaling volgt ontslag. Misbruik van (medische) persoonsgegevens wordt gevolgd door ontslag op staande voet.»

10. Anonieme financiering en voorwaarden

De leden van de **PvdA-fractie** constateren dat de anonieme financiering is voorbehouden voor zwaar bedreigde personen die in het SBB zijn opgenomen. Het is de leden van genoemde fractie niet duidelijk of bedreigde personen die niet in dit stelsel zijn opgenomen, afdoende beschermd zouden worden door de bestaande maatregelen. Zij vragen zich af waarom ook niet voor bedreigde personen buiten het SBB anonieme financiering zou kunnen gelden.

De overheid heeft het SBB ingesteld om verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van de veiligheid van ernstig bedreigde personen. Dit stelsel ziet er op toe dat met het instrument «Dreiginginschatting» de ernst van de dreiging op een objectieve manier en op het juiste niveau wordt ingeschat en de noodzakelijke maatregelen op de dreiging worden afgestemd. Zorgaanbieders die van mening zijn dat er sprake is van zware bedreiging bij één van hun cliënten kunnen bij het OM terecht. Buiten het SBB is het voor derden niet of nagenoeg niet mogelijk de dreiging op het juiste niveau te duiden. Het risico bestaat dat indien anonieme financiering ook buiten het SBB zou gelden dan vaker dan noodzakelijk op anonieme financiering teruggegrepen zal worden omdat de dreiging als subjectieve beleving veelal veel hoger wordt ingeschat dan deze daadwerkelijk is.

De leden van de **PvdA fractie** vragen tevens waarom anonieme financiering niet voor iedereen mogelijk is waarvan bij gemeenten of zorgstellingen bekend is dat hun informatie geheim moet blijven.

Met betrekking tot de veiligheid van personen is de hoofdofficier van justitie namens de overheid verantwoordelijk. Zoals in het antwoord hierboven aangegeven ziet het SBB er op toe dat op een objectieve manier en op het juiste niveau wordt ingeschat hoe hoog de dreiging is en de noodzakelijke maatregelen op de dreiging worden afgestemd. Zorginstellingen die van mening zijn dat er sprake is van zware bedreiging bij één van hun cliënten kunnen bij het OM terecht.

Voor personen die niet in het SBB zijn opgenomen, is de kans op zeer ernstige dreiging minder aanwezig. Bescherming van gegevens door middel van de al getroffen maatregelen door zorgverzekeraars volstaat dan. Zoals ik in mijn beantwoording op de schriftelijke inbreng[10] van uw fractie heb ik aangegeven, hebben zorgverzekeraars – verenigd in ZN – met ingang van 23 juni 2008 concrete afspraken gemaakt, gericht op uniforme maatregelen om traceerbaarheid via de zorgverzekeraar te voorkomen («uniforme maatregel kwetsbare groepen», onderdeel van de «Gedragscode goed verzekeraarschap» van ZN). Concreet komen deze afspraken er op neer, dat direct in de administratie wordt verwerkt dat een bepaalde cliënt behoort tot de categorie bedreigde personen. In dat geval krijgen de adres- en woonplaatsgegevens de aanduiding «geheim», wat voor alle medewerkers het signaal is, dat voor deze persoon geen enkele informatie mag worden verstrekt. Derden (bijvoorbeeld zorgverleners die willen nagaan of iemand wel verzekerd is) krijgen dan voor het adres een leeg veld.

Verder vragen de leden van de **PvdA-fractie** op grond van welke criteria de categorie bedreigde personen in de «uniforme maatregel kwetsbare groepen» van Zorgverzekeraars Nederland wordt gedefinieerd.

Iedereen die denkt deel uit te maken van de categorie bedreigde personen kan een beroep op deze maatregel doen. Op grond van de «uniforme maatregel kwetsbare groepen» dienen zorgverzekeraars hun klanten te informeren over het bestaan van de mogelijkheid dat gegevens niet verstrekt worden aan personen tegen wie ze bescherming behoeven (bijvoorbeeld ouders, verzekeringnemer), terwijl dat vanuit juridisch oogpunt wel aangewezen is. Deze communicatie kan bijvoorbeeld plaatsvinden via de website, polisvoorwaarden en nieuwsbrieven. De zorgverzekeraar heeft wel altijd de mogelijkheid te beoordelen of een beroep van een verzekerde op deze maatregel terecht is. Het gaat immers om een bijzondere groep verzekerden waarvoor de uitvoering van de Zvw en/of AWBZ moeilijk en kostbaarder is (administratieve lasten). Gezien het voorgaande dienen de personen die tot de kwetsbare groep behoren zich te realiseren dat ze zelf een signalerings- en meldingsverantwoordelijkheid hebben jegens hun zorgverzekeraar. De signalerings- en meldingsverantwoordelijkheid rust ook op de zorginstelling waar een bedreigde persoon verblijft. Deze instellingen zijn uitermate goed op de hoogte van de risico's die hun klanten lopen. Een zorginstelling kan zelf een signaal afgeven aan de zorgverzekeraar van de klant. Tevens kan een zorginstelling de klant wijzen op de traceerbaarheidsrisico's die de klant in het algemeen loopt. Als een zorginstelling een signaal geeft aan de zorgverzekeraar zal deze dat altijd honoreren.

Tot slot vragen de leden van de **PvdA-fractie** of het mogelijk is dat op individuele basis personen kunnen worden aangewezen voor wie anonieme financiering mogelijk moet worden, ook al valt die persoon niet in het SBB. Bijvoorbeeld als het OM of de Nationale Politie de bedreiging van een persoon zo ernstig acht, dat anonimiteit ook via anonieme financiering van de zorg gewaarborgd moet worden. Zo ja, dan vragen deze leden hoe de regering dit gaat bewerkstelligen en zo nee, vragen zij waarom dit niet mogelijk is.

Indien de bedreiging van een persoon zo ernstig wordt geacht, dat anonimiteit ook via anonieme financiering van de zorg gewaarborgd moet worden dan is sowieso sprake van opname van deze persoon in het SBB.

[10] Kamerstukken II 2012/13, 30 388, nr. 55.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de financiering plaatsvindt vanuit het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Genoemde leden vragen op welke wijze declaraties van de verleende zorg plaats vindt en bij wie de declaraties kunnen worden ingediend.

In mijn brief van 19 maart 2013[11] aan uw Kamer heb ik u uiteengezet dat de wijze van anonieme financiering als volgt verloopt:

– Het OM biedt één loket aan als centraal aanspreekpunt voor zowel het Zorginstituut als zorgaanbieders. Personen met een SBB-status die anonieme zorg nodig hebben krijgen een uniek registratienummer van het OM (er wordt dus geen naam van de persoon gemeld). Op deze manier kan het Zorginstituut zo nodig controleren of het om een persoon gaat die is opgenomen in het SBB en anonieme zorg nodig heeft.
– De zorgaanbieder die zorg verleent aan een SBB-cliënt moet de rekening dus niet indienen bij de zorgverzekeraar, maar bij de financiële afdeling van de Nationale Politie.
– De Nationaal Politie dient de totaalrekening (voor alle SBB-cliënten) bij het Zorginstituut in. Op basis van een overeenkomst tussen het politiekorps en het Zorginstituut vindt dan financiering en afrekening plaats. Zvw zorg zal gefinancierd worden uit het Zorgverzekeringsfonds en AWBZ-zorg uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

De Federatie Opvang heb ik in juni 2013 per brief geïnformeerd over de wijze van indienen van de declaraties bij de Nationale Politie met het verzoek dit onder haar leden bekend te maken, zodat zorgaanbieders die gebruik willen maken van de pilot weten waar zij hun declaratie kunnen indienen.

De leden van de **CDA-fractie** vragen hoeveel mensen er gemiddeld in het SBB van het OM zijn opgenomen en hoe de zorgverleners de privacy van deze personen waarborgen.

In 2012 waren ongeveer 1150 personen in het SBB opgenomen. In 2013 betroffen dit 958 cases waarbij 1476 personen betrokken waren. Bij een beperkt deel van deze groep is vanaf mei 2013[12] de maatregel anonimiteit opgelegd. Dit is het geval in ongeveer 25 cases waarbij in 7 cases daadwerkelijk zorg is verstrekt aan één of meerdere personen. In 2014 is in 658 cases het SBB toegepast. Hierbij waren 1075 personen betrokken. In een onbekend aantal cases is besloten tot de maatregel anonimiteit, waarbij in 16 cases (omvang van in totaal 29 personen) anonieme zorg verstrekt is aan één of meerdere personen in deze cases.
Bij de verstrekking van zorg aan een persoon uit het SBB waarbij de maatregel anonimiteit is genomen, wordt eerst door de politie contact gelegd met de zorgaanbieder en wordt de noodzaak van de anonimiteit uitgelegd. De politie verstrekt de zorgaanbieder de gegevens waar de declaratie naar toe gestuurd kan worden. Declaraties voor zwaar bedreigde personen die in opdracht van het OM opgenomen zijn in het SBB en bij een zorginstelling zijn ondergebracht kunnen door deze instelling worden ingediend bij de politiefunctionaris die als contactpersoon is aangewezen voor de zwaar bedreigde persoon. Indien geen sprake (meer) is van verblijf in een instelling kan de betreffende zorgverlener de declaratie indienen bij de aangewezen politiefunctionaris indien de maatregel anonimiteit van kracht is. Elke in het SBB opgenomen persoon of casus krijgt een uniek OM-nummer toegekend. Op basis van dit nummer kunnen instellingen of zorgverleners hun declaratie bij de

[11] Kamerstukken II 2012/13, 30 388, nr. 53.
[12] Vanaf het moment dat het OM de pilot toepast.

politieorganisatie indienen. Ook aan de zorgverlener wordt de identiteit van de bedreigde persoon (zo mogelijk) niet kenbaar gemaakt. Naar aanleiding van een (interne) evaluatie van het SBB zijn politie en OM bezig het stelsel «duidelijker in te richten» en meer bekendheid te geven onder diegenen die met bedreigde personen in aanraking komen om zo tot een effectiever stelsel te komen, waarin tijdig onderkend wordt wie deze hulp van de overheid nodig hebben.

11. Artikelsgewijs

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom de subsidie voor anonieme e-mental health alleen wordt verstrekt aan zorgaanbieders ten behoeve van kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Zij vragen of dit een limitatieve opsomming van zorgverleners is en of ook zorg vergoed mag worden van bijvoorbeeld een psychotherapeut, kinder- en jeugdpsycholoog dan wel een gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), die ook hoofdbehandelaar zijn.

De omschrijving «geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden» is de omschrijving voor geestelijke gezondheidszorg zoals die in de Zvw wordt gehanteerd. Deze zorg is functioneel beschreven, de Zvw bepaalt niet wie de zorg mag leveren. Het gaat niet om een limitatieve opsomming van zorgverleners. De door de CDA-fractie genoemde zorgverleners kunnen deze zorg ook aanbieden mits geregistreerd in het BIG-register.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers